



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

DANIELLE VIANA RIBEIRO RAMOS

**EFETIVIDADE DE ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA POR
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O ACESSO E PARA A
RESOLUBILIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO**

**EFFECTIVENESS OF DEMAND ORGANIZATION BY RISK
CLASSIFICATION FOR ACCESS AND RESOLUTION OF THE
PUBLIC ORAL HEALTH CARE**

Piracicaba

2019

DANIELLE VIANA RIBEIRO RAMOS

**EFETIVIDADE DE ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA POR
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O ACESSO E PARA A
RESOLUBILIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO**

**EFFECTIVENESS OF DEMAND ORGANIZATION BY RISK
CLASSIFICATION FOR ACCESS AND RESOLUTION OF THE
PUBLIC ORAL HEALTH CARE**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de mestra em Gestão e Saúde Coletiva.

Dissertation of Professional Master presented to the Piracicaba Dental School of University of Campinas in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in Collective Health Dentistry.

Orientadora: Marília Jesus Batista de Brito Mota
Coorientadora: Maria da Luz Rosário de Sousa

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA DANIELLE
VIANA RIBEIRO RAMOS E ORIENTADA
PELA PROFA. DRA. MARÍLIA JESUS
BATISTA DE BRITO MOTA

Piracicaba
2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9485-9577>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

R147i Ramos, Danielle Viana Ribeiro, 1973-
O impacto da utilização de classificações de risco na organização da demanda odontológica na Atenção Primária à Saúde / Danielle Viana Ribeiro Ramos. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Marília Jesus Batista de Brito Mota.
Coorientador: Maria da Luz Rosário de Sousa.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Serviços de saúde. 2. Equidade no acesso aos serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Emergências. I. Batista, Marília Jesus, 1974-. II. Sousa, Maria da Luz Rosário, 1965-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Impact of the use of risk classification tools in the organization of odontological demand in Primary Health Care

Palavras-chave em inglês:

Health services

Equity in access to health services

Primary health care

Emergencies

Área de concentração: Gestão e Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Gestão e Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Marília Jesus Batista de Brito Mota [Orientador]

Silvia Cypriano

Jaqueline Vilela Bulgareli

Data de defesa: 27-02-2019

Programa de Pós-Graduação: Gestão e Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas e profissionais da aluna

- **ORCID:** 0000-0001-9485-9577

- **Curriculo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2980532929384189>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 27 de Fevereiro de 2019, considerou a candidata DANIELLE VIANA RIBEIRO RAMOS aprovada.

PROF^a. DR^a. MARÍLIA JESUS BATISTA DE BRITO MOTA

PROF^a. DR^a. SILVIA CYPRIANO

PROF^a. DR^a. JAQUELINE VILELA BULGARELI

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido e à minha amada filha.

AGRADECIMENTOS

Para elaboração dessa dissertação de mestrado contei com apoio e incentivo de pessoas queridas as quais serei eternamente grata.

Agradeço ao Professor Dr. Francisco Haiter Neto diretor da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp. A todos os professores e pesquisadores do Departamento de Saúde Coletiva e a Professora. Dra. Luciane Miranda Guerra coordenadora do Mestrado Profissionalizante em Gestão e Saúde Coletiva.

Agradeço a minha orientadora Professora. Dra. Marília Jesus Batista de Brito Mota, pelo apoio, por todas sugestões, críticas, empenho e dedicação, não permitindo que eu desistisse do desafio de realizar este trabalho, mesmo diante de momentos difíceis.

A Professora Dra. Maria da Luz Rosário de Sousa pela contribuição na elaboração deste trabalho.

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e a minha gestora Luciana Moraes Borges por todo incentivo, apoio e motivação.

A minha amiga e companheira de trabalho Danielle da Costa Palacio, por me incentivar a realizar o mestrado, por todo apoio profissional e aprendizado.

A Professora Dra. Camila Nascimento Monteiro serei eternamente grata, por toda disponibilidade e apoio na elaboração deste trabalho. Pela colaboração na avaliação estatística dos resultados, por me motivar sempre, e mostrar que seria capaz de chegar ao fim.

A aos colegas Danielle Borchardt, Leonardo Tribis e Thais Paragis e a toda Equipe de Saúde Bucal da UBS Jd. das Palmas pelo apoio e elaboração deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, pelo incentivo, por me apoiar nos momentos de obstáculo e dificuldades que foram surgindo durante essa caminhada, sempre disponíveis onde quer que estejam, vocês são exemplos de amor e respeito.

A vocês José Carlos e Syme, por me adotarem como sobrinha de coração, vocês são meus “Anjos da Guarda” estiveram sempre comigo, me acolhendo e torcendo pela minha felicidade.

E finalmente, ao meu marido por estar sempre ao meu lado, por ser meu companheiro de todas as horas, meu ombro amigo, e por me mostrar o lado doce da vida, admiro sua busca constante pelo aprendizado e por sua solidariedade. A minha linda e amada filha, por todo carinho, amor, você é a razão da minha vida. A vocês dedico este trabalho!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da implantação das classificações de risco no acesso ao serviço de saúde bucal da demanda espontânea na atenção primária à saúde. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal em que foram avaliados prontuários (n=1215) com o registro do atendimento da demanda espontânea antes e após a implantação da utilização de instrumentos de classificação de risco. O estudo avaliou como desfechos as variáveis: atendimento no dia, primeira consulta e tratamento concluído, antes e após a utilização dos instrumentos de organização da demanda: classificação de risco por cores (AZUL - não agudo; AMARELO - risco moderado; VERDE: risco baixo), Escala de Coelho e Savassi para risco familiar. Foram também estudadas as variáveis: risco de cárie, risco de doença periodontal, risco de tecidos moles, idade, queixa e sexo. Foram realizadas análises descritivas das variáveis do estudo segundo os instrumentos de organização da demanda, modelos de Regressão Logística e testes qui-quadrado com finalidade de analisar essas associações ($p < 0,05$). Resultados: A faixa etária mais prevalente foi a de 20 a 59 anos. A queixa principal de procura à demanda espontânea foi odontalgia. Quanto à Escala de Coelho e Savassi, apresentaram baixo risco familiar (R1) 87,1%, 8,5% médio risco (R2), 4,2% alto risco (R3). O percentual de atendimento no dia aumentou, sendo antes da implantação 9,4% (n=56) e depois da implantação 39,9% (n=246) ($p < 0,001$), sendo o $OR=4,73$ ($IC95\%=1,45-15,41$). O acesso à primeira consulta odontológica foi de 20,7% antes da implantação e de 34,9% após a implantação da classificação de risco ($p < 0,001$), $OR=2,25$ ($IC95\%=1,73-2,97$). Em relação ao tratamento concluído foi possível observar um aumento de 10,0% para 14,1% após a implantação da classificação de risco, porém não significativo após ajuste do modelo $OR=1,57$ ($IC95\%=0,41-5,98$). O risco familiar esteve associado a maior prevalência de doença periodontal, e a classificação de risco por cores amarelo/verde (risco moderado/ baixo) esteve associado a tratamento concluído. Conclusão: A implantação dos instrumentos de classificação de risco impactou na organização da demanda, ampliando o acesso e resolubilidade dos serviços de saúde bucal com aumento do número de atendimentos no dia e primeiras consultas odontológicas.

Palavras-chaves: Serviços de saúde, Equidade no acesso, Atenção Primária a Saúde bucal, Emergências.

ABSTRACT

Background: The aim was to evaluate the impact of the implementation of risk classification tools to improve the access to dental health demand in Primary Health Care. **Method:** This was a cross-sectional study in which medical records (n = 1215) were evaluated before and after the implementation of the tool. The outcomes were 'same day appointment', 'first dental appointment' and 'treatment completed', the independent variables were risk classification (BLUE - not sharp; YELLOW - moderate risk; GREEN: low risk), "Coelho & Savassi" score, caries risk, periodontal disease, soft tissue, age and gender. Descriptive analyzes were performed comparing the variables of the study before and after the implantation of the tools (risk classification and "Coelho & Savassi" score). Logistic Regression models and chi-square tests were performed to analyze these associations. **Results:** The most prevalent age group was 20 to 59 years old, the main complaint of dental demand was pain. Regarding the "Coelho & Savassi" score, presented low family risk (R1) 87,1%, 8.5% medium risk (R2), 4.2% high risk (R3). The same day appointment before implantation was 9.4% (n=56) and 39.9% (n=246) after implantation ($p < 0.001$), OR=4,73 (IC95%=1,45-15,41). The first dental appointment was 20.7% before implantation and 34.9% after the implantation ($p < 0.001$), OR=2,25 (IC95%=1,73-2,97). Regarding the treatment completed, there was an increase from 10,0% to 14.1% after the implantation of the tools but not significant adjusting the model OR=1.57 (IC95% = 0,41-5,98). Family risk was associated with a higher prevalence of periodontal disease, and the classification of color yellow / green (moderate/ low risk) risk was associated with treatment completed. **Conclusion:** The implementation of the tools 'risk classification and "Coelho & Savassi" score' had an impact in organization of odontological demand, with increase in the number of visits on the same day and first dental appointments.

Key Words: Health services, equity in access, primary health Care, Oral Health service, Emergencies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva. Implantação antes e depois..... 29

Tabela 2. Modelos de Regressão - implantação antes e depois e desfechos..... 31

Tabela 3. Distribuição de classificação de risco familiar e variáveis de cárie
risco periodontal, classificação de risco por cores, atendimento
no dia, 1ª. Consulta e tratamento concluído..... 32

Tabela 4. Distribuição da classificação de risco por cores.....33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. ARTIGO: “O impacto da utilização de classificação de risco na organização da demanda odontológica na atenção primária à saúde”	17
3. CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	47
Anexo 1 - Escala de Coelho e Savassi	47
Anexo 2 - Classificação de risco por cores	48
Anexo 3 - Classificação de risco biológico	49
Anexo 4 - Aprovação do Comitê de Ética	50
Anexo 5 - Comprovante de submissão	51
Anexo 6 – Relatório do Turnitin	52

1 INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços odontológicos ainda é um problema enfrentado em vários lugares do mundo. Os sistemas de saúde implementados e os determinantes sociais são fatores que influenciam o acesso aos serviços odontológicos e impactam na saúde bucal da população (Jones *et al.*, 2013; Olate *et al.*, 2014; Garcia-Subirats *et al.*, 2014).

O Brasil teve grandes avanços após a implantação do Sistema Único de Saúde, que define a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada preferencial dos usuários que deve ser organizado para assumir a função de acolher, escutar e resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (Brasil, 2012b).

A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também uma estratégia de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (Oliveira, 2013). Ela orienta-se por meio dos atributos essenciais: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e abrangência do cuidado com um olhar holístico para as pessoas que possibilite uma abordagem familiar e comunitária (Starfield, 2002, 2011)

Segundo Starfield (2002), o primeiro contato “implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde”. A autora define-o também como a porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (Starfield, 2002).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada uma estratégia prioritária para a organização dos serviços de APS. Assim, espera-se que os serviços de atenção primária, com equipes de saúde da família, sejam acessíveis e resolutivos frente às necessidades de saúde da população (Brasil, 2012b, 2017).

Logo, para que a população possa utilizar o serviço de saúde, o acesso é considerado como a primeira etapa a ser superada pelo usuário, e as Unidades de Saúde, porta de entrada do sistema, necessitam de dispositivos para se tornarem um ponto efetivo de primeiro contato, de modo que este possa ser o início do fortalecimento dos outros atributos a serem garantidos junto à equipe de saúde.

No Brasil, durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal se caracterizou por prestar assistência às crianças e gestantes, enquanto os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento em situações de urgência odontológica, ou simplesmente não os acessavam (Brasil, 2002). Tal modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por estar centrado em ações curativas, contribuindo para um perfil epidemiológico em saúde bucal muito aquém do desejado (Frazão, 2009), mesmo que a universalidade e o direito à saúde fossem um direito constitucional (Carvalho, 2013).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) implantou as Equipes de Saúde Bucal (ESB), vinculadas a Estratégia Saúde da Família (ESF), com a finalidade de mudar o perfil de assistência, redirecionando suas ações, tanto em relação ao público alvo contemplado, como na promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. A partir de 2000, através da Portaria 1444, o MS determinou o incentivo financeiro às ESB da ESF, preconizando a implantação de duas ESB para cada equipe mínima da ESF. No ano de 2003, na perspectiva de avançar, o MS, através da Portaria GM 673, sugere a relação de uma ESB para cada equipe da ESF (Brasil, 2000; Santos, 2006).

Em 2004 é lançada a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013). O profissional da Equipe de Saúde Bucal (ESB) que trabalha na lógica da ESF conhece as famílias e o seu contexto social, ampliando as oportunidades de realizar um acompanhamento longitudinal dos usuários que buscam a Unidade Básica de Saúde (UBS), identificando suas principais queixas (Giacomozzi *et al.*, 2006).

É importante ressaltar que os determinantes sociais influenciam as condições de saúde bucal da população e compreender esse contexto pode auxiliar nas práticas em saúde de maneira a direcionar ações com equidade para diferentes populações. Os estudos evidenciam que problemas como cárie e perda dentária estão associados a fatores demográficos, psicológicos, socioeconômicos e a utilização dos serviços de

saúde (Costa *et al.*, 2012; Roncalli *et al.*, 2014) e, que as pessoas com baixa condição social têm menor expectativa de vida e maior risco de doença (Marmot *et al.*, 2016). Um relatório emitido pelos Estados Unidos (EUA), no ano 2000, apontou que o problema de saúde bucal é a doença crônica de maior prevalência em crianças e que os determinantes sociais estão associados ao acesso e a cuidados odontológicos (Jones *et al.*, 2016). Além disso, o Estudo de Carga Global de Doenças 2015 divulgou que as condições de saúde bucal afetam 3,5 bilhões de pessoas em todo mundo sendo mais evidente nos adultos e socioeconomicamente desfavorecidos (Kailembo *et al.*, 2018).

Assim, conhecer o contexto local, levando-se em conta o perfil epidemiológico da população e seus determinantes sociais mostra-se importante, pois famílias com risco familiar apresentam-se com duas vezes mais chances de apresentar cárie quando comparadas com famílias sem risco familiar (Kobayashi, 2012).

Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como instrumento, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações. Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência-emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos, e de suas respectivas escalas, tem impacto importante na qualidade do acesso destes serviços (Brasil, 2012a).

No município de Contagem, Minas Gerais, foi desenvolvido um instrumento de estratificação de risco familiar (Escala de Coelho e Savassi) que, segundo os autores, pretende determinar o risco familiar e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Mostrou-se útil na reorganização da demanda das ESF, promovendo uma percepção mais objetiva e qualificada do risco das famílias, impactando de maneira positiva o trabalho em equipe. (Savassi *et al.*, 2012).

Um estudo realizado no interior de São Paulo utilizou a classificação de risco familiar como ordenadora das ações odontológicas, apontou uma tendência de que quanto maior o risco familiar, maiores os riscos individuais para cárie mostrando-se uma importante ferramenta na organização e priorização das ações odontológicas com maior equidade (Peres *et al.*, 2017).

A escassez de assistência odontológica experimentada pela população gera um afluxo constante ao atendimento de urgência realizado pelas ESB nas UBS, sendo

ainda necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir a desigualdades do acesso (Rocha *et al.*, 2008).

Apesar da implantação de políticas e programas voltados para organização do atendimento odontológico, percebe-se que a população ainda encontra dificuldade de acesso (Scherer *et al.*, 2015). Estudos relataram que mesmo em regiões onde existem ESB implantadas na ESF ainda são encontradas dificuldades no acesso a cuidados odontológicos (Fonseca *et al.*, 2014). Na pesquisa Nacional de Saúde 2013 verificou-se que 74,3% dos atendimentos ocorreram em consultório particular e as unidades de saúde foram responsáveis por 19,6% dos atendimentos evidenciando a persistência da desigualdade do acesso do serviço odontológico público (IBGE, 2013).

Sabe-se que, de maneira geral, a maior procura por serviços para o atendimento de urgências odontológicas é devida a doenças da polpa e do periápice, sendo a dor o sintoma mais relevante (Munerato *et al.*, 2005, Rodriguez *et al.*, 2005 Wong *et al.*, 2012). A pesquisa SB Brasil 2010 revelou que 24,6% da população até os 12 anos de idade declarou ter tido dor de dente, 24,7% nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 27,6% entre 35 a 44 anos e 10,8% 65 a 74 anos (Brasil, 2012c). Além disso, a pesquisa de Saúde Bucal do Estado de São Paulo 2015 revelou que 43,8% da população de 15 a 19 anos, 60,7% de 35 – 44 anos, 52,3% de 65 anos ou mais, necessitavam de tratamento odontológico (São Paulo, 2015).

O acolhimento realizado na atenção primária tem como objetivo garantir um atendimento humanizado, resolutivo, que propicie a criação de vínculo entre os profissionais e a população legitimando esse ponto como a porta de entrada prioritária para o acesso (Brasil, 2012a).

É importante ressaltar que o atendimento a demanda espontânea e das urgências em uma UBS difere de um atendimento de um Pronto Socorro, pois a atenção primária realiza um atendimento em equipe, conhece a população, possibilita o acompanhamento do caso e estabelecimento de vínculo o que caracteriza o cuidado continuado e não apenas o atendimento pontual (Brasil, 2012a).

A avaliação das respostas dos serviços de saúde ao usuário deve ser realizada com qualidade em conjunto com a responsabilização daquilo que não pode ser respondido de imediato, mas direcionada de maneira ética e resolutiva, garantindo a segurança e acesso ao usuário (Franco *et al.*, 1996).

Organizar o acesso de forma equânime passa a ser o grande desafio das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica. O Ministério da Saúde propõe o uso de

classificação de risco e avaliação da vulnerabilidade pela ESF como ferramenta, para identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações. Consideram que a equipe durante a avaliação tem a oportunidade de estabelecer vínculo com a população legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS. Como exemplo do que é feito nos serviços de urgência, as situações são classificadas em agudo (atendimento imediato, prioritário ou no dia), e não agudo (Intervenções Programadas) e representada por cores (Brasil, 2012a).

O município de Conselheiro Lafaiete-MG passou a organizar o atendimento das urgências odontológicas a partir do protocolo de Manchester, utilizando a classificação de risco por cores, para identificar as prioridades, estabelecendo um fluxo para atendimento. Neste município a partir da classificação identificou-se que dos 430 pacientes avaliados na demanda espontânea, 55,9% foram caracterizados como não urgentes, sendo encaminhados para atividades programáticas (Paulino, 2014).

Nesse sentido, os modelos de cuidados propostos devem ser focados na oferta e organização das ações, principalmente dirigidos à demanda espontânea (Pereira, 2014). O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante do atendimento a demanda espontânea, é necessário ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade (Brasil, 2017). É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e que o acolhimento é uma grande oportunidade de inseri-las em planos de cuidado (Brasil, 2012a).

Diante dos desafios para organização da crescente demanda espontânea de saúde bucal na APS. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da implantação de classificações de risco para ampliação do acesso da demanda espontânea odontológica na atenção primária à saúde.

2 ARTIGO: O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DE CLASSIFICAÇÕES DE RISCO NA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autores:

Danielle Viana Ribeiro Ramos^{1,2}. ¹Hospital Israelita Albert Einstein. ²Programa de Mestrado profissional. Faculdade de Odontologia Piracicaba. Unicamp danielle.amos@einstein.br. Telefone: 11-98279-6965

Camila Nascimento Monteiro^{1,2}. ¹Hospital Israelita Albert Einstein. ² Universidade de São Paulo camila.nmonteiro@einstein.br. Telefone: 11-2151-0906

Danielle Borchardt¹. ¹Hospital Israelita Albert Einstein. danielleb@einstein.br. Telefone: 11-981571309

Leonardo Tribis¹. ¹Hospital Israelita Albert Einstein. traibous@hotmail.com. Telefone: 11-976651766

Thais Paragis Sanches¹. ¹Hospital Israelita Albert Einstein. thais.sanchez@einstein.br. Telefone: 11-982239698

Daiana Bonfim¹. ¹Hospital Israelita Albert Einstein. daiana.bonfim@einstein.br. Telefone: 11-21517081

Danielle da Costa Palacio¹. ¹Hospital Israelita Albert Einstein. danielle.palacio@einstein.br Telefone: 11-21517081

Maria da Luz Rosário de Souza³. Departamento Odontologia Social, ³Faculdade de Odontologia Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. luzsousa@fop.unicamp.com.br. Telefone: 19-21065463

Marília Jesus Batista de Brito Mota³. ³Faculdade de Odontologia Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas. mariliajbatista@yahoo.com.br Telefone: 19-21065463

Artigo submetido à revista de Saúde Pública (anexo 5).

RESUMO

Avaliar o impacto da implantação das classificações de risco para ampliação do acesso da demanda espontânea odontológica na atenção primária à saúde. Métodos: Trata-se de um estudo transversal que foram avaliados prontuários (n=1215) com o registro do atendimento da demanda espontânea antes e após a implantação de classificações de risco. Avaliou-se as variáveis atendimento no dia, primeira consulta e tratamento concluído, segundo as variáveis independentes: classificação de risco por cores, Escala de Coelho e Savassi, risco de cárie, risco de doença periodontal, risco de tecidos moles, idade, queixa e sexo. Realizadas análises descritivas entre as variáveis do estudo segundo a implantação dos instrumentos de organização da demanda, modelos de Regressão Logística e testes qui-quadrado para analisar essas associações. Resultados: A faixa etária prevalente foi de 20 a 59 anos. A queixa principal de procura à demanda espontânea foi dor. Quanto à Escala de Coelho e Savassi, 87,1% apresentaram baixo risco social, 8,5% médio risco, 4,2% alto risco. A prevalência de atendimento no dia aumentou, sendo antes da implantação 9,4% (n=56) e depois da implantação 39,9% (n=246) ($p<0,001$), com $OR=4,73$ ($IC95\%=1,45-15,41$). O acesso à primeira consulta odontológica foi de 20,7% antes da implantação e de 34,9% após a implantação da classificação de risco ($p<0,001$), $OR=2,25$ ($IC95\%=1,73-2,97$). Em relação ao tratamento concluído foi possível observar um aumento de 10,0% para 14,1% após a implantação da classificação de risco, porém não significativo após ajuste do modelo $OR=1,57$ ($IC95\%=0,41-5,98$). O risco social esteve associado a maior prevalência de doença periodontal, e a classificação de risco por cores (amarelo/verde) esteve associado a tratamento concluído. Conclusão: A implantação dos instrumentos de classificação de risco impactou na organização da demanda, ampliando o acesso e resolubilidade dos serviços de saúde bucal com aumento do número de atendimentos no dia, primeiras consultas odontológicas.

Palavras-chaves: Serviços de saúde, Equidade no acesso, Atenção Primária a Saúde bucal, Emergências.

ABSTRACT

Background: evaluate the impact of the implementation of risk classification tools to improve the access to dental health demand in Primary Health Care.

Method: This was a cross-sectional study in which medical records (n = 1215) were evaluated before and after the implementation of the tool. The outcomes were 'same day appointment', 'first dental appointment' and 'treatment completed', the independent variables were risk classification, "Coelho & Savassi" score, caries risk, periodontal disease, soft tissue, age and gender. Descriptive analyzes were performed comparing the variables of the study before and after the implantation of the tools (risk classification and "Coelho & Savassi" score). Logistic Regression models and chi-square tests were performed to analyze these associations.

Results: The most prevalent age group was 20 to 59 years old, the main complaint of dental demand was pain. Regarding the "Coelho & Savassi" score, 87.1% presented low social risk, 8.5% medium risk, 4.2% high risk. The first dental appointment was 20.7% before implantation and 34.9% after the implantation ($p < 0.001$), $OR=2,25$ ($IC95\%=1,73-2,97$). The same day appointment before implantation was 9.4% (n=56) and 39.9% (n=246) after implantation ($p < 0.001$) $OR=4,73$ ($IC95\%=1,45-15,41$). The first dental appointment was 20.7% before implantation and 34.9% after the implantation ($p < 0.001$). Regarding the treatment completed, there was an increase from 10,0% to 14.1% after the implantation of the tools ($p = 0.001$), $OR=1.57$ ($IC95\% = 0,41-5,98$). Family risk was associated with a higher prevalence of periodontal disease, and the classification of color yellow / green (moderate/ low risk) risk was associated with treatment completed

Conclusion: The implementation of the tools 'risk classification and "Coelho & Savassi" score' had an impact in organization of odontological demand, with increase in the number of visits on the same day, first dental appointments and completed treatments.

Key Words: Health services, equity in access, primary health Care, Oral Health service, Emergencies.

Introdução

O acesso aos serviços odontológicos ainda é um problema enfrentado em vários lugares do mundo. A forma como os sistemas de saúde são organizados e os determinantes sociais são fatores que influenciam o acesso aos serviços odontológicos e impactam na saúde bucal da população (Jones *et al.*, 2013; Olate *et al.*, 2014; Garcia-Subirats *et al.*, 2014).

No Brasil, durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal se caracterizou por prestar assistência às crianças e gestantes, enquanto os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento em situações de urgência odontológica, ou simplesmente não os acessavam (Brasil, 2002). Tal modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e pela limitação do acesso, contribuindo para um perfil epidemiológico em saúde bucal muito aquém do desejado (Frazão, 2009), mesmo que a universalidade e o direito à saúde fossem um direito constitucional (Carvalho, 2013).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante do atendimento a demanda espontânea. Para isso, encontra-se na literatura instrumentos de classificação de risco que buscam organizar a oferta de serviços de saúde bucal diante da crescente demanda. A escassez de assistência odontológica experimentada pela população gera um afluxo constante ao atendimento de urgência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, sendo necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir a desigualdades do acesso (Rocha *et al.*, 2008).

O Ministério da Saúde propõe o uso de classificação de risco e avaliação da vulnerabilidade pela Equipe de Saúde da Família (ESF) como ferramenta, para identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações. Consideram que a equipe durante a avaliação tem a oportunidade de estabelecer vínculo com a população legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS. Como exemplo do que é feito nos serviços de urgência, e as situações são classificadas em agudo (atendimento imediato, prioritário ou no dia), e não agudo (Intervenções Programadas) e representada por cores (Brasil, 2012a).

A Escala de risco familiar de Coelho e Savassi (Savassi *et al.*, 2012) é um instrumento de estratificação de risco familiar, desenvolvido no município de Contagem-Minas Gerais e utiliza dados da ficha A do Sistema de Informação da

Atenção Básica (SIAB) instrumento preenchido pelo Agente Comunitário de Saúde na visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família e tem como finalidade estabelecer prioridade e ser uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família (Nascimento *et al.*, 2010). O uso desta escala nas ações odontológicas, apontou uma tendência de que quanto maior o risco familiar, maiores os riscos individuais para as doenças cárie em crianças e periodontal em adultos mostrando-se uma importante ferramenta na organização e priorização das ações odontológicas com maior equidade (Peres *et al.*, 2017).

A escassez de assistência odontológica experimentada pela população gera um afluxo constante ao atendimento de urgência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, sendo necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir a desigualdades do acesso (Rocha *et al.*, 2008).

Apesar da implantação de políticas e programas voltados para organização do serviço odontológico, percebe-se que a população encontra dificuldade de acesso a esse cuidado (Scherer *et al.*, 2015), ainda que em regiões onde existem ESB implantadas na ESF. (Fonseca *et al.*, 2014). Isto pode ser observado na Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, 2013, onde o atendimento odontológico ocorreu em consultório particular, totalizando 74,3% dos atendimentos e as unidades básicas de saúde foram responsáveis por 19,6% dos atendimentos.

Diante dos desafios para organização da crescente demanda espontânea de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto da implantação de classificações de risco para ampliação do acesso da demanda espontânea odontológica na atenção primária à saúde (APS).

Metodologia

Delineamento, local e período de estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim das Palmas localizada na região Sul do município de São Paulo, na região de Campo Limpo e Vila Andrade, com uma população de 343.467 pessoas. Os dados foram coletados na UBS Jardim das Palmas inserida na Estratégia Saúde da Família, na Coordenadoria Sul e Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo, que é administrada pela Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein e a Prefeitura Municipal de São Paulo.

A UBS Jardim Das Palmas conta com a atuação de 5 equipes de Estratégia de Saúde da Família formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e 3 Equipes de Saúde bucal, sendo 2 equipes modalidade II Cirurgião Dentista (CD), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e uma equipe modalidade I (CD e ASB) prestando assistência para aproximadamente 5.638 famílias, contabilizando 19.136 pessoas, sendo 52,6% do sexo feminino e 47,3% do sexo masculino. Grande parte da população é composta por adultos jovens, 20 a 39 anos (n=6738), 40 a 49 anos (n=2506), totalizando 9.242 (48%) da população, sendo o restante dividido entre as faixas etárias, menor que 1 ano (n=298), 1 a 4 anos (n=1117), 5 a 6 anos (n=587), 7 a 9 anos (n=911), 10 a 14 anos (n=1442), 15 a 19 anos (n=1647), 50 anos ou mais (n=3.890), em relação ao tratamento de água, 59,0% não tem tratamento de água no domicílio, 16,0% não possuem saneamento básico e 88,0% das pessoas cadastradas são SUS dependentes.

O acesso aos serviços de saúde bucal nesta UBS ocorria por meio de grupos prioritários, triagens familiares com avaliação de risco biológico e atendimento da demanda espontânea.

A organização do atendimento à demanda espontânea odontológica nesta UBS era realizada por ordem de chegada, não sendo utilizado nenhum instrumento para priorização do acesso (Figura 1). A partir de abril de 2016 a UBS passou a utilizar instrumentos de classificações de risco para o atendimento à demanda espontânea, de acordo com a Figura 2, a classificação de risco por cores de acordo com os critérios estabelecidos no Caderno da Atenção Básica nº 28 (Brasil, 2012a), como instrumento para organização e priorização do atendimento (anexo 2), Escala de risco familiar de Coelho e Savassi (Savassi *et al.*, 2012) (anexo 1) e escala de risco biológico (cárie e doença periodontal) (anexo 3) foi utilizada também com a finalidade de descrição dos estados de risco e como variáveis de associação neste estudo, para o acesso ao cuidado continuado e resolubilidade.

Instrumentos de classificações de risco do estudo

Nesta pesquisa foram utilizados três instrumentos para avaliação de risco: a classificação de risco por cores (Brasil 2012a), classificação de risco familiar (Savassi *et al.*, 2012) e risco biológico (risco de cárie e risco periodontal) (São Paulo, 2012). Foi

utilizado como variáveis descritiva e de associação neste estudo, risco de cárie e risco periodontal

A estratificação de risco por cores, classifica a situação não aguda pela cor AZUL e as situações agudas pelas cores: VERMELHA (atendimento imediato- alto risco de vida), AMARELO (atendimento prioritário – risco moderado), VERDE (atendimento no dia – risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante) (anexo 2). Além disso, o “Agudo” é considerado um atendimento prioritário, imediato ou no dia e, o “Não agudo” são as intervenções programadas (Brasil, 2012a).

Observou-se que na maioria das vezes, sob a perspectiva das queixas em saúde bucal, as situações de dor não implicam em risco de vida. Por isso, apenas as cores azul, amarelo e verde, foram utilizadas nesta pesquisa para classificação da demanda espontânea odontológica, retirando a vermelha.

Na classificação de risco por cores foram adotadas as cores amarela (pulpite, edema, fratura dentária, sangramento não controlado, deslocamento articular, lesões bucais dolorosas), verde (dor provocada, sensibilidade, trauma sem sintomas agudos, sangramento não espontâneo, lesão com suspeita de malignidade) e azul (história de dor pulpar ou periodontal, história de lesões na mucosa oral, história de sangramento, sem quadro agudo), para priorização do atendimento

Outro instrumento utilizado foi a classificação de risco familiar proposta por Coelho & Savassi (Savassi *et al.*, 2012) dividida em 3 categorias: R1- risco baixo (escore menor que 5), R2 – risco médio (escore 7 ou 8), R3 – risco alto (escore acima de 9) (anexo 1).

Além disso, foi utilizado a classificação de risco biológico, para risco de cárie e periodontal proposta pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (São Paulo, 2012). O risco de cárie foi classificado como: Baixo risco (A – ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha), Risco moderado (B - história de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa, C - uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ ou sem mancha branca ativa), Alto risco (D – ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, gengivite e / ou mancha branca ativa), (E – uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda, (F – presença de dor e/ ou abscesso) (São Paulo, 2012).

O risco periodontal foi avaliado por sextante, conforme Diretrizes Municipal de Saúde de São Paulo e classificada como: Baixo risco (0 – elemento com periodonto sadio), (X – ausência de dentes no sextante), Risco moderado (1 – elemento com gengivite), (2 – elemento com cálculo supra gengival), (B – sequela de doença periodontal anterior), Alto risco (6 – elemento com cálculo subgengival visível pelo afastamento/ retração gengival e com mobilidade reversível ou sem mobilidade), (8 – elemento como irreversível e perda de função) (São Paulo, 2012).

Foram analisados nesse estudo a influência da implantação da classificação de risco por cores (Brasil, 2012), Escala de Coelho e Savassi (Savassi *et al.*, 2012), no acesso aos serviços odontológico através do atendimento no dia e primeira consulta e a resolubilidade do tratamento através do tratamento concluído (TC). A escala de risco biológico (São Paulo, 2012) foi utilizada para descrever os riscos das doenças cárie e periodontal, associando com as classificações de cores e risco familiar.

No primeiro atendimento foi avaliado a utilização da classificação de risco por cores (AZUL, AMARELO e VERDE) e escala de risco familiar de Coelho e Savassi para priorização do atendimento da demanda espontânea, bem como o número de pacientes atendidos. No 2º atendimento foi avaliado o uso da classificação de risco biológico associada à Escala de Coelho e Savassi como instrumentos para a priorização do acesso ao tratamento odontológico continuado.

Figura 1. Fluxo do atendimento da demanda espontânea UBS Jardim das Palmas antes da implantação das classificações de risco.

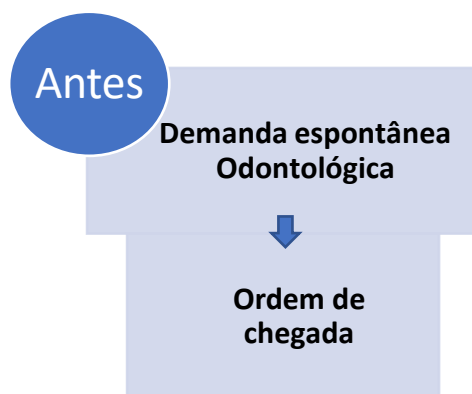
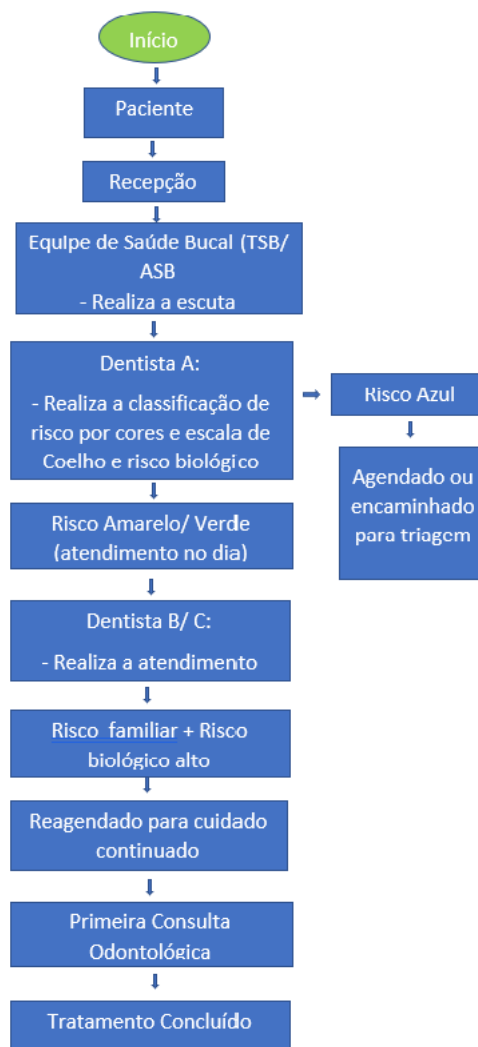


Figura 2. Fluxo do atendimento da demanda espontânea UBS Jardim das Palmas depois da implantação das classificações de risco



Coleta de dados

Foram utilizados dados secundários extraídos dos registros em prontuários do atendimento dos usuários que acessaram o serviço odontológico em demanda espontânea no período anterior a implantação da classificação de risco (abril 2015 a março de 2016) e, um ano após a implantação da Classificação de risco de (abril de 2016 a Março de 2017), avaliando um total de (n=1215) atendimentos.

Como critério de inclusão avaliaram-se as fichas dos usuários que procuraram o serviço de demanda espontânea dos meses de abril de 2015 a março de 2017,

sendo excluídos do estudo os registros de atendimento com mais de 70% das variáveis sem informação.

Variáveis do estudo

As principais variáveis explanatórias analisadas foram a utilização da classificação de risco por cores como instrumento para organização e priorização do atendimento da demanda espontânea e risco familiar, medido pela Escala de Coelho & Savassi (Savassi *et al.*, 2012). Risco de cárie, doença periodontal, tecidos moles, idade e sexo foram obtidas na planilha de monitoramento da demanda espontânea e foram variáveis independentes para ajuste.

As variáveis dependentes deste estudo foram o acesso e resolubilidade. O acesso foi analisado por meio da primeira consulta odontológica programada (sim e não) e atendimento no dia (sim e não). A resolubilidade através do Tratamento Concluído (TC) (sim e não).

Também foram coletadas as variáveis idade e sexo. As variáveis queixa clínica e hipótese diagnóstica foram agrupadas nas seguintes categorias: Queixa clínica - Dente quebrado (restauração quebrada e dente cariado); Dor (dor de dente e sensibilidade); abscesso (dental ou facial); Inflamação na gengiva (sangramento e dente mole); Trauma; Outros (dentes tortos, mancha nos dentes, prótese quebrou, quer tirar o dente, retirar pontos, ferida na boca e ferida no lábio); Retenção prolongada de dente decíduo. A variável hipótese diagnóstica foi agrupada nas seguintes categorias: Doença ligada à cárie/ polpa (abscesso, infecção, fístula, lesão apical, endodontia, pulpite, exodontia, raiz residual, pericementite, restauração e cárie); Doença ligada ao periodonto (gengivite, hiperplasia, periodontite, inflamação, mobilidade, periodontia, raspagem, retração gengival, abfração, sensibilidade, pericoronarite, dentes impactados); Erupção; Esfoliação; Trauma (trauma de face, trauma dental, intrusão, luxação, fratura; Outros (ajuste oclusal, bruxismo, cimentação, Disfunção temporomandibular (DTM), pigmentação, Prótese parcial removível superior e inferior (PPRS/I), raio X, remoção de sutura, sem alteração, lesões bucais).

A variável classificação de risco por cores, está representada pelas cores amarelo, verde e azul.

Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas entre as variáveis do estudo segundo a implantação dos instrumentos de organização da demanda (classificação de risco por

cores e escala de Coelho e Savassi) e testes qui-quadrado para analisar essas associações.

Foi analisada a associação entre a primeira consulta, atendimento no dia (acesso) e também do tratamento concluído (resolubilidade) com a implantação do instrumento de risco para a organização da demanda e as variáveis independentes (variáveis demográficas) por meio de Regressão Logística.

Após a regressão logística também foram realizadas análises bivariadas com o teste do qui-quadrado para analisar a associação de cada instrumento de risco utilizado na implementação, como entre a classificação de risco de cores e demais variáveis, e entre os escores de Coelho e demais variáveis do estudo com o teste exato de Fisher.

Foi adotado o nível de significância de 5%. Foi utilizado o software R versão 3.2.2

Aspectos éticos

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (CEP-FOP/UNICAMP) número 2.800.640 conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes da pesquisa foram contatados para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando menores de dezoito anos, foram convidados a assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e os responsáveis abordados para assinatura do TCLE.

Resultados

Foram coletadas e analisadas as informações dos prontuários (n=1215) que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos na metodologia.

A Tabela 1 mostra o número de usuários atendidos na demanda espontânea odontológica na UBS Jd. das Palmas no período anterior a implantação da classificação de risco (n= 599) e, um ano após a implantação da classificação de risco de (n= 616), avaliando um total de (n=1215) prontuários. Em relação a variável sexo não foram observados diferença significativa antes e após a implantação da classificação. A faixa etária prevalente antes e depois da implantação foi de 20 a 59 anos, sendo 62,2% (n= 368) e 59,4% (n=364) respectivamente.

Em relação a queixa observou-se que dor foi o principal motivo de procura da demanda espontânea odontológica antes da implantação da classificação de risco

46,4% (n=278) e depois da implantação 43,2% (n=266), seguidas pela queixa, dente quebrado 30,7% (n=184) e 33,1% (n=204). Quanto à hipótese diagnóstica (HD), as doenças ligadas à cárie/ polpa corresponderam a 80,5% (482) antes da implantação e 70,0% (431) depois da implantação ($p<0,001$).

Em relação ao risco de cárie, observou-se alto risco para doença cárie, sendo antes da implantação da classificação de risco 99,3% (n= 594) e depois da implantação 93,7% (n=577) ($p<0,001$).

A Escala de Coelho foi avaliada após a implantação da classificação de risco, sendo que 87,1% (535) apresentaram baixo risco (R1), 8,5% (n=52) médio risco (R2), 4,2% (n=26) alto risco (R3) ($p<0,001$).

As variáveis risco de tecido mole, risco de tecido periodontal, não eram descritas pela ESB antes da implantação da classificação de risco, sendo encontrado apenas em alguns prontuários. Os dados passaram a ser registrados após a implantação da nova ficha clínica da demanda espontânea. Sendo assim, observou-se que 85,2% (n=525) apresentaram risco moderado para tecido periodontal e 99,0% (n=610) baixo risco para tecidos moles.

Em relação a classificação de risco por cores, foi possível observar que 22,55% (n=138) foram classificados como amarelo (atendimento prioritário), 42,2% (n=259) classificados como verde (atendimento no dia) e 35,3% (n=217) como azul (intervenção programada/ não urgente) ($p<0,001$).

Quando avaliamos o atendimento no dia da procura pelo serviço, o atendimento no dia antes da implantação foi de 9,4% (n=56) e depois da implantação de 39,9% (n=246) ($p<0,001$).

O acesso à primeira consulta odontológica foi de 20,7% (n=124) antes da implantação e de 34,9% (n=215) após a implantação da classificação de risco ($p<0,001$).

Em relação ao tratamento concluído foi possível observar um aumento de 10,0% (n=60) para 14,1% (n=87) após a implantação da classificação de risco ($p=0,001$).

Tabela 1. Descrição dos pacientes atendidos na demanda espontânea antes e depois da implantação das classificações de risco. São Paulo, 2015-2017.

		Antes da Implantação	Depois da Implantação	Valor de <i>p</i>
		n (%)	n (%)	
Idade	Amostra	599	616	
	0 a 11 anos	125 (21,1)	138 (22,5)	0,819
	12 a 19 anos	64 (10,8)	70 (11,4)	
	20 a 59 anos	368 (62,0)	364 (59,4)	
Sexo	60 ou mais	36 (6,1)	41 (6,7)	0,758
	Masculino	235 (39,2)	247 (40,1)	
	Feminino	364 (60,8)	369 (59,9)	
Queixa	Dente quebrado	184 (30,7)	204 (33,1)	0,268
	Dor	278 (46,4)	266 (43,2)	
	Abscesso	25 (4,2)	37 (6,0)	
	Inflamação na gengiva	41 (6,8)	34 (5,4)	
	Trauma	9 (1,5)	14 (2,3)	
	Retenção prolongada decíduo	39 (6,6)	40 (6,5)	
	Outros	23 (3,8)	21 (3,00)	
	Não se aplica	0 (0,0)	3 (0,5)	
Hipótese diagnóstica	Doença ligada a cárie/polpa	482 (80,5)	431 (70,0)	<0,001
	Doença ligada a periodonto	54 (9,0)	52 (8,4)	
	Erupção	16 (2,7)	33 (5,4)	
	Esfoliação	11 (1,8)	23 (3,7)	
	Trauma	22 (3,7)	57 (9,3)	
	Outros	14 (2,3)	19 (3,1)	
	Não é possível avaliar	0 (0,0)	1 (0,2)	
Risco Cárie	Alto risco	594 (99,3)	577 (93,7)	<0,001
	Baixo risco	2 (0,3)	27 (4,4)	
	Risco moderado	1 (0,2)	11 (1,8)	
Risco Periodontal	Alto risco	30 (5,0)	90 (14,6)	<0,001
	Risco moderado	58 (9,7)	525 (85,2)	
Risco Tecido Mole	Não	21 (3,5)	610 (99,0)	<0,001
	Sim	4 (0,7)	5 (0,8)	
Atendimento no dia	Não	542 (90,6)	370 (60,1)	<0,001
	Sim	56 (9,4)	246 (39,9)	
1ª, Consulta Odontológica	Não	475 (79,3)	392 (63,6)	<0,001
	Sim	124 (20,7)	215 (34,9)	
Tratamento Concluído	Não	539 (90,0)	520 (84,4)	0,001
	Sim	60 (10,0)	87 (14,1)	

*Nota: a soma não será 100% devido aos dados ausentes

**Queixa: excluído "Não se aplica" e "Troca de dente de leite"

***HD (hipótese diagnóstica): excluído "Não se aplica", erupção e esfoliação.

****Teste realizado: análise descritiva

Foi analisado o atendimento no dia, primeira consulta odontológica e Tratamento Concluído segundo a implantação da classificação de risco por cores e Escala de Coelho e Savassi, idade, sexo, queixa, HD e riscos biológicos (Tabela 2).

Os usuários tiveram 4,73 (IC95%=1,45 – 15,41) vezes maior chance de serem atendidos no dia e 2,25 (IC95%=1,73-2,92) vezes maior chance de terem primeira consulta odontológica após a implantação da classificação de risco por cores e escala de vulnerabilidade (Escala de Coelho & Savassi), ajustado por idade, sexo, queixa, HD e riscos. Ao analisar o tratamento concluído e a implantação, os usuários tiveram 1,66 vezes mais chance de ter tratamento concluído após a implantação (Tabela 2).

Os usuários com 60 anos ou mais tiveram 1,74 (IC95%=1,02-2,97) vezes mais chance de receber primeira consulta odontológica quando comparado aos usuários de 0 a 11 anos e os usuários de 20 a 59 anos tiveram 0,61 (IC95%=0,41-0,90) vezes mais chance de ter o seu tratamento concluído quando comparado a faixa etária de 0 a 11 anos (Tabela 2). Observou-se que o sexo feminino teve 1,36 (IC95%=1,02-1,82) vezes mais chance de ser atendido no dia quando comparado ao sexo masculino, assim como 2,19 (IC95%=1,69-2,82) e 1,66 (IC95%=1,17-2,34) vezes mais chance de receber primeira consulta e tratamento concluído, respectivamente (Tabela 2).

Os usuários com queixa de trauma tiveram 2,71 (IC95%=1,06-6,73) vezes mais chance ser atendido no dia quando comparado à queixa dor.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao analisar as variáveis risco de cárie, risco de tecidos moles e risco periodontal, HD e os desfechos atendimento no dia, primeira consulta odontológica e tratamento concluído (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre os desfechos e o perfil dos pacientes. São Paulo, 2015-2017.

	Atendimento no dia OR (IC95%)	Primeira Consulta Odontológica OR (IC95%)	Tratamento Concluído OR (IC95%)
Implantação	6,43 (4,68-8,85)	2,19 (1,69-2,83)	1,66 (1,17-2,34)
Implantação ajustada*	4,73 (1,45-15,41)	2,25 (1,73-2,92)	1,57 (0,41-5,98)
Amostra Total			
Idade			
0 a 11 anos	1	1	1
12 a 19 anos	0,76 (0,45-1,27)	0,92 (0,57-1,47)	0,65 (0,35-1,21)
20 a 59 anos	0,80 (0,57-1,12)	0,92 (0,67-1,26)	0,61 (0,41-0,90)
60 e mais	0,72 (0,38-1,36)	1,74 (1,02-2,97)	0,98 (0,49-1,93)
Sexo			
Masculino	1	1	1
Feminino	1,36 (1,02-1,82)	2,19 (1,69-2,82)	1,66 (1,17-2,34)
Queixa**			
Dor	1	1	1
Dente quebrado	1,16 (0,84-1,61)	1,23 (0,88-1,71)	1,15 (0,76-1,75)
Inchaço	1,12 (0,59-2,15)	1,05 (0,54-2,03)	1,14 (0,49-2,69)
Inflamação na gengiva	1,41 (0,77-2,57)	1,44 (0,79-2,62)	1,73 (0,84-3,58)
Trauma	2,71 (1,06-6,93)	2,78 (1,11-7,04)	0,51 (0,11-2,40)
Outros	1,33 (0,61-2,88)	1,04 (0,44-2,45)	1,47 (0,49-2,69)
Grupos de Hipótese			
Diagnóstica***			
Doença ligada a cárie/polpa	1	1	1
Doença ligada a periodonto	1,16 (0,69-1,92)	1,48 (0,59-3,75)	1,37 (0,67-2,83)
Trauma	1,02 (0,59-1,75)	0,94 (0,49-1,83)	1,11 (0,52-2,32)
Outros	1,81 (0,81-4,02)	0,81 (0,54-1,46)	0,38 (0,79-1,82)
Risco Cárie			
Não	1	1	1
Sim	1,01 (0,98-1,04)	1,01 (0,98-1,04)	0,97 (0,86-1,10)
Risco Periodontal			
Não	1	1	1
Sim	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,99-1,01)	0,99 (0,98-0,99)
Risco Tecido Mole			
Não	1	1	1
Sim	0,99 (0,98-1,01)	1,00 (0,98-1,07)	1,00 (0,98-1,01)

*Ajustada por idade, sexo, queixa, HD, risco carie, risco periodontal, risco tecido mole

**Queixa: excluído "Não se aplica" e "Troca de dente de leite"

***HD (hipótese diagnóstico): excluído "Não se aplica", erupção e esfoliação.

A Tabela 3 mostra a distribuição do risco familiar (Escala de Coelho & Savassi) e as variáveis risco de cárie, periodontal, escala de risco por cores (CAB), Atendimento no dia, primeira consulta e TC. Foi estimada associação estatisticamente significativa entre risco familiar e risco de periodontal ($p = 0,046$).

Tabela 3. Associação da classificação de risco familiar, risco de cárie, risco periodontal, classificação de risco por cores (CAB), atendimento no dia, primeira consulta e tratamento concluído. São Paulo, 2015-2017.

Risco Familiar	Menor vulnerabilidade	Maior vulnerabilidade	Teste exato de Fisher - valor de p
	n (%)	n (%)	
Risco de Cárie			
Alto risco	501 (87,1)	74 (12,8)	0,455
Moderado/baixo	34 (89,4)	4 (10,5)	
Risco periodontal			
Risco moderado	73 (81,1)	17 (18,9)	0,046
Alto risco	462 (88,3)	61 (11,6)	
CAB*			
Amarelo/verde	339 (85,6)	57 (14,4)	0,064
Azul	194 (90,2)	21 (9,7)	
Atendimento no dia			
Não	321 (86,9)	48 (13,0)	0,449
Sim	214 (87,7)	30 (12,3)	
Primeira Consulta Odontológica			
Não	343 (88,2)	46 (11,8)	0,172
Sim	183 (85,1)	32 (14,9)	
Tratamento Concluído			
Não	447 (86,4)	70 (13,5)	0,173
Sim	79 (90,8)	8 (9,2)	

Nota: *CAB: escala de risco por cores – Cadernos de Atenção Básica nº 28 - Volume II. Ministério da Saúde. 2012

A Tabela 4 mostra a distribuição da classificação de risco por cores e as variáveis risco cárie, risco periodontal, escore de Coelho, atendimento no dia, primeira consulta e tratamento concluído. Em relação ao risco de cárie e classificação de risco por cores, os resultados apontaram para uma associação entre os riscos amarelo/verde (atendimento prioritário ou no dia) e alto risco de cárie ($p < 0,001$). Quando avaliamos a variável tratamento concluído e classificação de risco por cores os resultados se mostram estatisticamente significativos ($p 0,028$).

Tabela 4. Associação entre classificação de risco por cores e risco cárie, risco periodontal, escala de Coelho e Savassi, atendimento no dia, primeira consulta odontológica e tratamento concluído. São Paulo, 2015-2017.

	Azul	Amarelo/verde	Teste Qui-quadrado - Valor de p
	n (%)	n (%)	
Risco Cárie			<0,001
Alto risco	192 (33,3)	383 (66,6)	
Moderado/baixo	24 (63,1)	14 (36,84)	
Risco Periodontal			0,172
Risco moderado	190 (36,3)	333 (63,6)	
Alto risco	26 (28,8)	64 (71,1)	
Escala Coelho e Savassi			0,102
Menor vulnerabilidade	194 (36,4)	339 (63,3)	
Maior vulnerabilidade	21 (26,9)	57 (73,0)	
Atendimento no dia			0,224
Não	123 (33,4)	245 (66,5)	
Sim	94 (38,2)	152 (61,7)	
Primeira Consulta Odontológica			0,729
Não	136 (34,8)	254 (65,1)	
Sim	78 (36,2)	137 (63,7)	
Tratamento Concluído			0,028
Não	175 (33,7)	343 (66,2)	
Sim	40 (45,9)	47 (54,0)	

DISCUSSÃO

A implantação dos instrumentos de avaliação de risco para a organização da demanda de um serviço de saúde bucal no presente estudo possibilitou a ampliação do acesso estando associada ao atendimento no dia e à primeira consulta odontológica mesmo após o ajuste com as demais variáveis estudadas. Além disso, houve aumento do tratamento concluído (TC) após a implantação dos instrumentos de classificação de risco, e diferença entre os grupos azul e amarelo/ verde.

Como a demanda espontânea é uma das formas que o usuário busca o acesso na UBS, abre-se uma janela de oportunidade para interação da equipe com a população e, conseqüentemente, a geração de informações e necessidades de acesso aos serviços. Deste modo, o conhecimento sobre o perfil dos usuários que procuram o atendimento de urgência na unidade gera subsídios para adequação do processo de trabalho das ESB, de maneira a garantir respostas satisfatórias em direção da necessidade da população.

O presente estudo utilizou classificações de risco como instrumento para organizar o acesso e a resolubilidade e os dados deste estudo demonstraram que utilizar instrumento de avaliação de risco para organizar a demanda aumentou o acesso dos usuários que procuraram o serviço, tanto daqueles que foram atendidos no mesmo dia por motivo de urgência, quanto daqueles que obtiveram acesso a primeira consulta odontológica.

Um estudo realizado em São Paulo avaliou o acesso ao serviço odontológico, após a implantação do programa Brasil Sorridente, importante política pública implantada em 2004, observou que desigualdades socioeconômicas de acesso ainda persistem, apesar de melhorias no sistema de cobertura de saúde bucal (Monteiro *et al.*, 2016).

Utilizar instrumentos de classificação de risco, como o proposto no presente estudo, potencializa a realização da primeira consulta por meio do acesso pela demanda espontânea. Um estudo realizado na cidade do Recife atribuiu à baixa cobertura de primeira consulta odontológica a falta de registro dos procedimentos pelos profissionais, como também a um atendimento baseado na queixa principal sem a elaboração e execução de um plano preventivo terapêutico para atender as

necessidades detectadas, requerendo maior atenção na organização do acesso (Patriota, 2006).

A implementação das classificações também melhorou os registros, o que é importante para monitorar as políticas e as ações em atenção à saúde. Segundo Murray *et al.* (2003) para organização do acesso é preciso equilibrar oferta e demanda sendo necessário medir a probabilidade da demanda através da manutenção de registros das queixas dos pacientes e os seguimentos clínicos ofertados favorecendo a alocação de recursos.

O motivo principal que levou os usuários a procurar por atendimento odontológico de urgência foi a dor, seguida pela queixa dente quebrado e inflamação gengival, como observado também em outros estudos que os problemas relacionados à cárie e periodonto foram os principais motivos de procura (Smith, 2006; Wong, 2012; Connors, 2017).

Apesar de ser o alívio da dor e o restabelecimento da função mastigatória os principais motivos relatados (Halling, 2000; Tortamano, 2004) pelo qual os usuários buscam o atendimento de urgência, sabe-se que muitas vezes tendem a utilizá-lo como “porta de entrada” alternativa para obter assistência odontológica (Fonseca, 2014), por esse motivo é de suma importância a utilização de instrumentos que identifique e auxiliem na organização do acesso, integrando cuidado e prevenção/promoção e viabilizando um trabalho usuário-centrado (Merhy, 2002).

Ao analisar a idade dos usuários que procuraram o serviço, predominou pacientes adultos entre 20 a 59 anos, assim como estudo realizado no interior de São Paulo onde 63,85% dos usuários que acessaram a demanda espontânea concentrou-se nas idades de 20 a 49 anos, (Fonseca *et al.*, 2014), caracterizando assim uma necessidade de oferta de serviços para atender a necessidade de cuidado em saúde bucal.

Se esse cuidado não for ofertado de forma a organizada trará como consequências perdas dentárias (Monteiro *et al.*, 2016). Em uma pesquisa realizada para avaliar a saúde bucal de trabalhadores adultos os resultados mostraram que a perda de dentes variou de 18% a 81% em nove grupos etários estudados, sendo maior em indivíduos mais velhos (Batista *et al.*, 2013) indicando um efeito de coorte com um histórico de ausência de Políticas Públicas voltadas para saúde bucal dos adultos e idosos no passado. Recentemente novas políticas foram implementadas a fim de

ampliar o acesso aos serviços odontológicos à população adulta idosa, que no passado era restrita à criança.

Em relação ao tratamento concluído os adultos tiveram menos tratamentos concluídos, isso pode ser explicado pela limitação do horário de atendimento, fato que pode ser corroborado com o documento da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004), quando afirma que os adultos principalmente os trabalhadores, têm dificuldades em acessar as unidades de saúde.

A menor procura dos serviços pela população idosa foi justificada em outro estudo pelo fato desta população ter um número menor de dentes presentes e ou serem usuários de prótese totais (desdentados) (Monteiro *et al.*, 2016) e observado também na Pesquisa Nacional de Saúde (2013) onde 28,9% com 60 anos ou mais não consultaram o dentista. O estudo de Kailembo *et al.* (2018) realizado em países em desenvolvimento avaliou a prevalência das necessidades de saúde bucal para adultos com 50 anos ou mais não atendidas e estimou altos valores para China, Gana e Índia. Um estudo realizado em São Paulo observou dificuldade de acesso à assistência pública odontológica, com redução de oferta de serviços para adultos e idosos (Manfredini *et al.*, 2012). Estes dados demonstram que pode haver uma dificuldade de acesso ao atendimento desta demanda para uma população que é considerada prioritária no cuidado com a saúde.

Contudo, os resultados do presente estudo mostraram que os usuários com 60 anos ou mais tiveram um aumento significativo no acesso a primeira consulta odontológica, fato esse relevante, frente a população que durante anos ficou sem uma oferta de cuidados, culminando em agravos das doenças bucais e edentulismo, reflexo da dificuldade do acesso às ações e serviços em saúde bucal. Esse resultado aponta para o uso da classificação de risco como um importante instrumento para a equidade na organização do acesso, pois diante da grande demanda reprimida as equipes se deparam diariamente com a dificuldade de planejar e priorizar os atendimentos não conseguindo atender às necessidades da população adscrita devido à grande demanda por atenção odontológica (Oliveira *et al.*, 2005).

Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência-emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos, e de suas respectivas escalas, tem impacto importante na qualidade do acesso destes serviços (Brasil, 2012). Identificar as prioridades para organização do acesso visando reduzir as inequidades em saúde das populações é uma importante

estratégia para evitarmos a lei de cuidados inversos, onde a disponibilidade por assistência tende a variar inversamente com a necessidade da população atendida (Hart,1971).

Os resultados mostraram um aumento no número de primeiras consultas, após a implantação da classificação de risco, favorecendo a vinculação, longitudinalidade e gestão do cuidado (Brasil, 2012). Ao avaliarmos a implantação da classificação de risco por cores (Brasil, 2012) identificamos uma associação entre o risco de cárie e tratamento concluído. Esses resultados indicam que os usuários com maior risco de cárie foram identificados como prioridade alta para o atendimento como também uma maior resolubilidade, em virtude do aumento de tratamentos concluídos.

É importante que além dos riscos clínicos e biológicos sejam avaliados também o risco familiar. Ao analisar o risco familiar verificamos que a maior parte das famílias que buscaram por atendimento na demanda espontânea está sob baixo risco familiar 87,1% e que 4,2% foram consideradas como risco alto necessitando de maior atenção por parte da equipe de saúde bucal. Esse fato pode nos aponta que a maior parte das pessoas com alto risco familiar ainda não tem acessado o serviço. Assim serão necessárias outras estratégias, como busca ativa, e a aplicação da escala de classificação de risco familiar nas famílias cadastradas, para apoiar na identificação no território das famílias com maior vulnerabilidade. Alguns estudos que utilizaram a classificação de risco familiar apontaram para uma relação entre risco familiar alto e maior chance de cárie dentária (Kobayashi 2012), todavia no presente estudo encontramos uma associação somente entre doença periodontal e risco familiar, corroborando com estudo de Peres *et al* (2017).

Na APS muitos estudos vêm buscando responder qual a melhor forma para organizar a sua oferta frente a demanda crescente. Um dos modelos propostos na literatura é o acesso avançado, tem como o objetivo “realizar o trabalho de hoje, hoje” (Murray *et al.* 2003). Entretanto, este modelo ainda é pouco explorado na odontologia e temos como desafio propor modelos de organização de acesso que possibilite o atendimento da demanda espontânea com qualidade, garantia da continuidade do cuidado e ações de prevenção.

Uma possível limitação deste estudo deve-se a coleta de dados secundários de prontuários, pois o acesso às informações se restringe aos dados disponíveis. Porém, foi observado um registro cuidadoso por parte da equipe, que contribui muito com as informações em saúde e para o estudo disponibilizou-se uma amostra robusta

para a análise dos dados. Embora tenham sido verificadas associações com a implementação do risco, não foi observada a ação do tempo para que possa estabelecer uma relação causal.

O estudo traz dados relevantes no que tange a organização do serviço odontológico demonstrando a importância de ter um ou mais instrumentos de classificação de risco, que podem contribuir para um melhor entendimento sobre as necessidades da população atendida na UBS e auxiliar as ESB na organização da demanda espontânea ou possivelmente fomentar a elaboração de um instrumento que contemple os indicadores mais importantes utilizados no presente estudo.

Conclusão

A implantação dos instrumentos de classificação de risco impactou na organização da demanda com a ampliação do acesso e melhora da resolubilidade dos serviços de saúde bucal no aumento do número de atendimentos no dia, primeiras consultas odontológicas e tratamentos concluídos.

Referências*

Batista MJ, Rihs BL. Workers oral health: a cross-sectional study. *Braz J Oral Sci.* 2013; 12(3):178-183.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 28 - Volume II. Acolhimento a demanda espontânea; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica; 2012b.

Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 2013; 27(78): 7-26.

Connors WJ, Rabie HH, Figueiredo RL, Holton DL, Parkins MD. Acute dental infections managed in an outpatient parenteral antibiotic program setting: prospective analysis and public health implications. *BMC Infect Dis.* 2017 Mar 9;17(1):202. doi: 10.1186/s12879-017-2303-2.

Fonseca DAV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim M de C. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(1):269-278.

Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate.* 2009;33(81):64-71.

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, Borrell C, Vázquez ML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health.* 2014 Jan 31; 13:10. doi: 10.1186/1475-9276-13-10.

Halling A, Ordell S. Emergency dental service is still needed--also for regular attenders within a comprehensive insurance system. *Swed Dent J.* 2000;24(5-6):173-81.

Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971 Feb 27;1(7696):405-12.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências.* Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: www.ibge.gov.br, acesso em 27/11/2018.

Jones E, Shi L, Hayashi AS, Sharma R, Daly C, Ngo-Metzger Q. Access to oral health care: the role of federally qualified health centers in addressing disparities and expanding access. *Am J Public Health*. 2013 Mar;103(3):488-93. doi: 10.2105/AJPH.2012.300846.

Kailembo A, Preet R, Stewart Williams J. Socioeconomic inequality in self-reported unmet need for oral health services in adults aged 50 years and over in China, Ghana, and India. *Int J Equity Health*. 2018 Jul 11;17(1):99. doi: 10.1186/s12939-018-0812-2.

Kobayashi HM. Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar [Tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2012.

Manfredini MA, Moysés SJ, Noro LRA, Narvai PC. Private and public dental care in the city of São Paulo in the first decade of the XXI century. *Saúde Sociedade*. 2012; 21(2):323-35.

Merhy EE. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.

Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003 Feb 26;289(8):1035-40.

Monteiro NC, Beenarckes AM, Goldbaum M. Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003–2008. *BMC Health Services Research*. 2016; 16:683.

Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Ciência Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2465-2472.

Olate V, Olate G, Cártés B, Olate S. Urgencias Odontológicas en la Provincia de Cautín - Chile, entre los Años 2009 a 2013. *Int J Odontostomatol*. 2014;8(3):447–52.

Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005; 10:297- 302.

Patriota CMM. Cobertura das ações de saúde bucal no Recife no período de 2000 a 2005 [monografia]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2006. [Links].

Peres J Neto, Mendes KLC, Wada RS, Sousa MDLR. Relationship between risk classifications used to organize the demand for oral health in a small city of São Paulo, Brazil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2017 Jun;22(6):1905-1911. doi:10.1590/1413-81232017226.00702016.

Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2008; 24(12):2871-2880.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Diretrizes para a atenção em saúde bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo: SMS; 2012.

Scherer CI, Scherer MD. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saude Publica*. 2015; 49:98. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005961.

Savassi MCL, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(2):179-185.

Smith K, Clark A, Dyson K, Kruger E, Lejmanoski L, Russell A, Tennant M. Guided self diagnosis: an innovative approach to triage for emergency dental care. *Aust Dent J*. 2006 Mar;51(1):11-5.

Tortamano IP, Costa CG, Moraes LJ, Borsati MA, Rocha RG, Tortamano N. As Urgências Odontológicas e o tratamento clínico e medicamentoso integrado. *J Bras Clin Odontol Integr* 2004; 8(43):78-85.

Wong NH, Tran C, Pukallus M, Holcombe T, Seow WK. A three-year retrospective study of emergency visits at an oral health clinic in south-east Queensland. *Aust Dent J*. 2012 Jun;57(2):132-7. doi: 10.1111/j.1834-7819.2012.01688.

3. Conclusão

A implantação dos instrumentos de classificação de risco impactou na organização da demanda com a ampliação do acesso e melhora da resolubilidade dos serviços de saúde bucal no aumento do número de atendimentos no dia, primeiras consultas odontológicas e tratamentos concluídos. Esses resultados reforçam que a utilização de classificações de riscos na organização do acesso auxilia as Equipes de Saúde Bucal no planejamento e otimização de suas atividades, ofertando um cuidado efetivo, com a priorização dos grupos vulneráveis, favorecendo a identificação e intervenção precoce dos principais problemas de saúde bucal.

Referências*

Batista MJ, Rihs BL. Workers oral health: a cross-sectional study. *Braz J Oral Sci.* 2013; 12(3):178-183.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c [acesso 2018 Jan 04]. 116 p. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 28 - Volume II. Acolhimento a demanda espontânea; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saude Bucal. Brasil Sorridente. Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2018 Fev 02]. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica; 2017.

Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados* 2013; 27:7-26.

Connors WJ, Rabie HH, Figueiredo RL, Holton DL, Parkins MD. Acute dental infections managed in an outpatient parenteral antibiotic program setting: prospective analysis and public health implications. *BMC Infect Dis.* 2017 Mar 9;17(1):202. doi: 10.1186/s12879-017-2303-2.

Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Mehy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 55-124.

Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saude em Debate*. 2009;33(81):64-71.

Fonseca DAV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim M de C. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(1):269-278.

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, Borrell C, Vázquez ML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health*. 2014 Jan 31;13:10. doi: 10.1186/1475-9276-13-10.

Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm* 2006; 4:645-53.

Halling A, Ordell S. Emergency dental service is still needed--also for regular attenders within a comprehensive insurance system. *Swed Dent J*. 2000;24(5-6):173-81.

Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971 Feb 27;1(7696):405-12

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: www.ibge.gov.br, acesso em 27/11/2018.

Jones E, Shi L, Hayashi AS, Sharma R, Daly C, Ngo-Metzger Q. Access to oral health care: the role of federally qualified health centers in addressing disparities and expanding access. *Am J Public Health*. 2013 Mar;103(3):488-93. doi: 10.2105/AJPH.2012.300846.

Kailembo A, Preet R, Stewart Williams J. Socioeconomic inequality in self-reported unmet need for oral health services in adults aged 50 years and over in China, Ghana, and India. *Int J Equity Health*. 2018 Jul 11;17(1):99. doi: 10.1186/s12939-018-0812-2.

Kobayashi HM. Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar [tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2012.
Manfredini MA, Moysés SJ, Noro LRA, Narvai PC. Private and public dental care in the city of São Paulo in the first decade of the XXI century. *Saúde Sociedade*. 2012;21(2): 323–35.

Marmot M, Bell R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Ann Epidemiol*. 2016 Apr;26(4):238-40. doi: 10.1016/j.annepidem.2016.02.003.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Monteiro NC, Beenarckers AM, Goldbaum M. Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003–2008. *BMC Health Services Research*. 2016; 16:683.

Munerato MC, Fiaminghi DL, Petry PC. Urgências em odontologia: Um estudo retrospectivo. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2005; 46(1):90-5.

Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003 Feb 26;289(8):1035-40.

Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Ciência Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2465-2472.

Pereira AF, Ferreira JM, Santos JDP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal; 2014.

Peres J Neto, Mendes KLC, Wada RS, Sousa MDLR. Relationship between risk classifications used to organize the demand for oral health in a small city of São Paulo, Brazil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2017 Jun;22(6):1905-1911. doi:10.1590/1413-81232017226.00702016.

Olate V, Olate G, Cártés B, Olate S. Urgencias Odontológicas en la Provincia de Cautín - Chile, entre los Años 2009 a 2013. *Int J Odontostomatol*. 2014;8(3):447–52.

Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005; 10:297-302.

Paulino J.A. Demanda espontânea x demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta [trabalho de conclusão de curso]. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete; 2014.

Patriota CMM. Cobertura das ações de saúde bucal no Recife no período de 2000 a 2005 [monografia]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2006. [[Links](#)]

Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2008; 24(12):2871-2880.

Rodriguez DS, Sarlani E. Decision making for the patient who presents with acute dental pain. *AACN Clin Issues*. 2005 Jul-Sep;16(3):359-72

Roncalli AG, Tsakos G, Sheuiham A, Souza GC; Watt RG. Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults. *BMC Public Health*. 2014; 14: 1097.

Santos MA. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Revista APS*. 2006; 9(2), 190-200.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. SB São Paulo – Pesquisa Estadual de Saúde bucal; 2015.

Savassi MCL, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(2):179-185.

Scherer CI, Scherer MD. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saude Publica*. 2015; 49:98. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005961.

Smith K, Clark A, Dyson K, Kruger E, Lejmanoski L, Russell A, Tennant M.

Guided self diagnosis: an innovative approach to triage for emergency dental care. *Aust Dent J*. 2006 Mar;51(1):11-5.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Comunitários de Saúde* 2011; 65: 653-655.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*, 1994, 344(8930), pp. 1129-33.

Tortamano IP, Costa CG, Moraes LJ, Borsati MA, Rocha RG, Tortamano N. As Urgências Odontológicas e o tratamento clínico e medicamentoso integrado. *J Bras Clin Odontol Integr* 2004; 8(43):78-85.

Wong NH, Tran C, Pukallus M, Holcombe T, Seow WK. A three-year retrospective study of emergency visits at an oral health clinic in south-east Queensland. *Aust Dent J*. 2012 Jun;57(2):132-7. doi: 10.1111/j.1834-7819.2012.01688.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

Anexos

Anexo 1. Escala de Coelho e Savassi. Fonte: Savassi et al (2012)

Dados da Ficha A		Escore	
Acamado		3	
Deficiência Física		3	
Deficiência mental		3	
Baixas condições de saneamento		3	
Desnutrição (Grave)		3	
Drogadição		2	
Desemprego		2	
Analfabetismo		1	
Menor de seis meses		1	
Maior de 70 anos		1	
Hipertensão Arterial Sistêmica		1	
Diabetes Mellitus		1	
Relação Morador/cômodo	Se maior que 1	3	Escore 5 ou 6 = (R1) Escore 7 ou 8 = (R2) Maior que 9 = (R3)
	Se igual a 1	2	
	Se menor que 1	0	

Anexo 2. Classificação de risco por cores (CAB) – caderno atenção básica nº 28 – Ministério da Saúde 2012.

Queixa do Paciente	Amarelo/Prioritário
Hipersensibilidade	Dor intensa, contínua e espontânea
Dores Periapicais	Com tumefação submandibular e probabilidade de comprometimento das vias aéreas
Dores Periodontais	Dor forte, otalgia disfagia, linfadenopatia, trismo e mucosa edemaciada
Urgências Traumáticas	Mobilidade, deslocamento e fratura dentária
Urgências Hemorrágicas	Sangramento espontâneo não controlado associado a medicações ou doenças hemorrágicas sistêmicas
Urgências Aparelho Estomatognático	Deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular, sintomatologia dolorosa e trismo
Urgências da Mucosa	Febre, mal estar, irritabilidade, cefaléia, vesículas e gengivas extremamente dolorosas

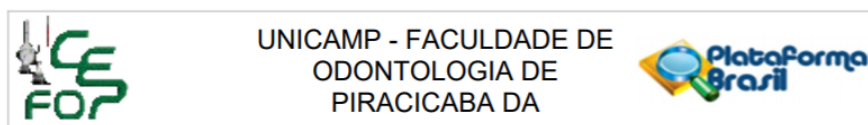
Queixa do Paciente	Verde/Atendimento no dia
Hipersensibilidade	Dor provocada
Dores Periapicais	Dor, sensibilidade positiva a percussão e negativa a estímulos térmicos
Dores Periodontais	Dor pulsátil, localizada, resposta positiva aos testes de vitalidade pulpar
Urgências Traumáticas	História de trauma bucal, porém sem sintomas agudos
Urgências Hemorrágicas	Sangramento não é espontâneo e controlável, com dor associada
Urgências da Mucosa	Lesão presente há algum tempo, suspeita de malignidade

Queixa do Paciente	Azul/Intervenção programada, não é urgente
Hipersensibilidade	História de dor dentinopulpar, porém sem quadro agudo no momento
Dores Periapicais	História de dor periapical, porém sem quadro agudo no momento
Dores Periodontais	Ausência de dor, porém há dentes com doença periodontal, deslocamento vertical e função
Urgências Traumáticas	
Urgências Hemorrágicas	História de sangramento, porém sem sintomas agudos no momento
Urgências da Mucosa	História de lesão na mucosa oral, porém sem sintomas agudos

Anexo 3. Classificação de risco por cárie segundo a situação individual. Fonte: Diretrizes para Atenção em saúde Bucal – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – 2012.

Classificação	Grupo	Situação individual
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Alto risco	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Anexo 4. Aprovação comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SMS/ SP.



Continuação do Parecer: 2.800.640

Assentimento / Justificativa de Ausência	4TCLE.pdf	19:55:38	Ribeiro Ramos	Aceito
Outros	CEPCompleto.pdf	26/06/2018 13:41:44	jacks jorge junior	Aceito
Outros	Autorizacao_STS.pdf	25/06/2018 21:17:37	Danielle Viana Ribeiro Ramos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	52Declarainstituicao.pdf	25/06/2018 21:09:54	Danielle Viana Ribeiro Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	51Declarapesquisadores.pdf	25/06/2018 21:08:56	Danielle Viana Ribeiro Ramos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/06/2018 21:06:06	Danielle Viana Ribeiro Ramos	Aceito
Folha de Rosto	1Folhaderosto.pdf	25/06/2018 21:01:01	Danielle Viana Ribeiro Ramos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

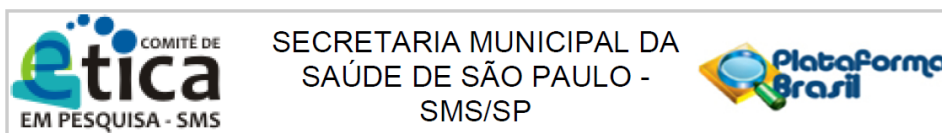
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PIRACICABA, 05 de Agosto de 2018

Assinado por:

jacks jorge junior
(Coordenador)



Continuação do Parecer: 2.814.714

Outros	CEPCompleto.pdf	26/06/2018 13:41:44	jacks jorge junior	Aceito
Outros	Autorizacao_STS.pdf	25/06/2018 21:17:37	Danielle Viana Ribeiro Ramos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Agosto de 2018

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Anexo 5. Comprovante de submissão do artigo na revista de saúde publica

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to

Revista de Saúde Pública

Manuscript ID

RSP-2019-1522

Title

Impacto das classificações de risco na demanda odontológica na atenção primária à saúde.

Authors

Ramos, Danielle

Monteiro, Camila

Borchardt, Danielle

Tribis, Leonardo

Sanches, Thais

Bonfim, Daiana

Palacio, Danielle

Sousa, Maria da Luz

Batista, Marília

Date Submitted

20-Feb-2019

Anexo 6. Relatório Turnitin

O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DE CLASSIFICAÇÕES DE RISCO NA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

11 %	10 %	8 %	%
ÍNDICE DE SEMELHANÇA	FONTES DA INTERNET	PUBLICAÇÕES	DOCUMENTOS DOS ALUNOS

FONTES PRIMÁRIAS

1	docslide.us Fonte da Internet	3 %
2	scielosp.org Fonte da Internet	2 %
3	www.scielo.br Fonte da Internet	1 %
4	www.prefeitura.sp.gov.br Fonte da Internet	1 %
5	bdt.d.famerp.br Fonte da Internet	1 %
6	docplayer.com.br Fonte da Internet	1 %
7	"Abstracts", Public Health Nutrition, 2013 Publicação	1 %
8	www.rbmf.org.br Fonte da Internet	1 %

9

revista.uepb.edu.br
Fonte da Internet

1%

Excluir citações Em
Excluir bibliografia Em

Excluir correspondências < 1%